



**POTVRZENÍ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE  
K POBYTU V DĚTSKÉ SKUPINĚ JESLE KLÁŠTEREC**  
Dlouhá 540, 431 51 Klášterec nad Ohří

Jméno a příjmení:	
Zdravotní pojišťovna:	
Datum narození:	
Rodné číslo:	
<b>VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE</b>	
Dítě je řádně očkováno:	
Dítě vyžaduje speciální péči:	
V	dne
Podpis a razítko lékaře:	